
РЕФЕРАТИВНАЯ ФЛЕБОЛОГИЯ

№ 1(15), 2010г.

Главный редактор
Кириенко А.И.

Научный редактор: Золотухин И.А

Технический редактор: Илюхин Е.А.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале или на сайте, допускается только с письменного разрешения редакции.

© Реферативная флебология

СОДЕРЖАНИЕ

1. **VIII научно-практическая конференция Ассоциации флебологов России, Москва, 14-15 мая 2010 года** **Стр. 4**

2. **Отдаленные результаты использования катетерного тромболиза на 103 нижних конечностях при остром илиофemorальном флеботромбозе**
N. Bækgaard, R. Broholm, S. Just, M. Jørgensen, L.P. Jensen
Реферативный обзор подготовила Бурлева Е.П. **Стр. 6**

3. **Результаты хирургического лечения в сравнении с эхоконтролируемой пенной склеротерапией у пациентов с варикозной болезнью: проспективное рандомизированное исследование**
M. Figueiredo, S. Araujo, N. Barros Jr, F. Miranda Jr
Реферативный обзор подготовил Париков М.А. **Стр. 11**

4. **Радиочастотная облитерация и традиционная операция по поводу варикозной болезни: сравнение стоимости в рандомизированном исследовании**
S. Subramonia, T. Lees
Реферативный обзор подготовил Паршутин Ю.В. **Стр. 15**

5. **Эхоконтролируемая микропенная склеротерапия при лечении трофических язв: предварительное исследование**
K.A.L. Darvall, G.R. Bate, D.J. Adam, S.H. Silverman, A.W. Bradbury
Реферативный обзор подготовил Свирский Д.М. **Стр. 19**

6. **Эндовазальная лазерная облитерация (980 нм) малой подкожной вены, выполненная на 147 нижних конечностях: 3 года наблюдений**
J. Desmyttere, C. Grard, G. Stalnikiewicz, B. Wassmer, S. Mordon
Реферативный обзор подготовил Славин Д.А. **Стр. 23**

7. **Сравнение ожиданий пациентов перед пенным склерозированием варикозно расширенных вен под ультразвуковым контролем со степенью удовлетворенности результатами после процедуры**
K.A.L. Darvall, G.R. Bate, R.C. Sam, D.J. Adam, S.H. Silverman, A.W. Bradbury
Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т. **Стр. 28**

8. **Ежегодная премия Ассоциации флебологов России за 2009 год** **Стр. 32**

У компрессии есть имя - mediven®

Госпитальный трикотаж mediven®
с градуированной компрессией
для профилактики тромбозов
и компрессионного лечения
при флебосклерозировании
и операциях на венах



thrombexin® 18

struva® 23

struva® 35



medi

Проверенное качество
Доказанная эффективность
Три степени компрессии
Широкий ассортимент
Дышащие материалы
Гипоаллергенность

Компрессионный трикотаж • Ортопедические изделия

medi RUS • Москва • (495) 921-39-37 • info@medirus.ru

Санкт-Петербург • (812) 296-22-84 • spb@medirus.ru

www.medirus.ru

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
ГОУ ВПО Российский государственный медицинский
университет им. Н.И. Пирогова Росздрава
Ассоциация флебологов России

**VIII научно-практическая конференция Ассоциации флебологов России,
Москва, 14-15 мая 2010 года**

Глубокоуважаемый коллега!

14-15 мая 2010 года в Москве состоится очередная, VIII научно-практическая конференция Ассоциации флебологов России. В программе конференции планируются:

Секционные заседания по темам:

1. Тромбофилические состояния, как причина венозных тромбоэмболических осложнений
2. Диагностика венозных тромбоэмболических осложнений
3. Профилактика венозного тромбоза
4. Хирургическое и рентгенэндоваскулярное лечение венозного тромбоза
5. Эпидемиология острых и хронических заболеваний вен
6. Патогенез и диагностика хронических заболеваний вен
7. Флебосклерозирующее лечение хронических заболеваний вен
8. Хирургическое лечение хронических заболеваний вен
9. Терапия хронических заболеваний вен
10. Венозные трофические язвы
11. Лимфовенозная недостаточность

Пленарные лекции ведущих европейских и российских специалистов:

1. Компрессионное лечение
2. Венозные трофические язвы
3. Диагностика, профилактика и лечение ВТЭО

Дискуссии (круглые столы):

1. Устранение стволового рефлюкса
2. Варикоз малого таза

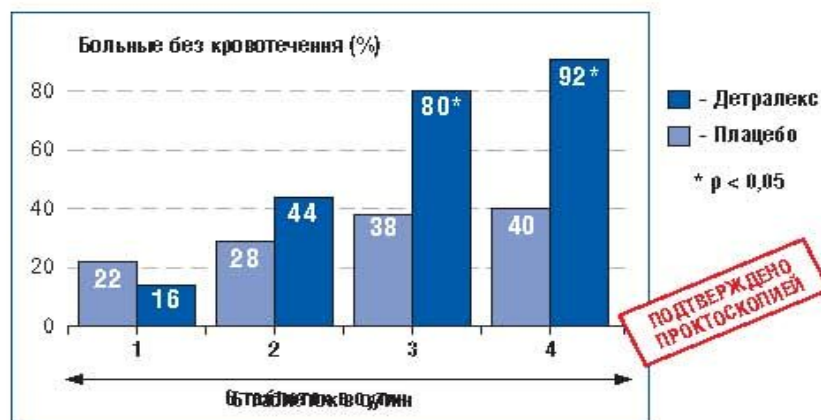
Место проведения конференции:

Москва, Российский государственный медицинский университет, ул. Островитянова, дом 1

ДЕТРАЛЕКС®

Микронизированный диосмин + гесперидин

К 3-му дню лечения обеспечивает остановку кровотечения у 8 из 10 пациентов¹



Правильный режим дозирования

Острый геморрой, после геморроидэктомии 7 дней

6 x 4 дня
Д1 | Д2 | Д3 | Д4

4 x 3 дня
Д5 | Д6 | Д7

Предупреждение обострений 3 месяца

2 x 3 месяца
М1 | М2 | М3

ДЕТРАЛЕКС®

Регистрационный номер: П № 011489/01

Лекарственная форма: таблетки, покрытые оболочкой.

Состав: одна таблетка, покрытая оболочкой, содержит 500 мг микронизированной флавоноидной фракции, состоящей из диосмина (80%) – 400 мг и флавоноидов, выделенных из гесперидина (20%) – 50 мг.

Фармакофармакологическая группа: ангиопротектор.

Фармакодинамика: ДЕТРАЛЕКС® обладает венотонизирующей и ангиопротекторной активностью. На венозном уровне – увеличивает эластичность вены и венозной стенки. На уровне микроциркуляции – снижает проницаемость, ломкость капилляров и повышает их резистентность.

Влияние на кровообращение:

Тормозит спазмозное венозное-капиллярное перекрывание:

– спазмированные венозные и капиллярные просветы в венах;

– боли;

– тугоногие усталости ног, судороги;

– трофические нарушения.

Синдром геморроя: предупреждает обострения геморроя.

Противопоказания: известная повышенная чувствительность к препарату.

Беременность и период кормления грудью: Безопасность на животных не исключает потенциальных эффектов. До настоящего времени не было сообщений о каких-либо побочных эффектах при применении препарата у беременных женщин. Кормление грудью: Не-за-сутствует данных относительно безопасности грудного и материнского молока при применении препарата. Следует избегать.

Способ применения и дозы: Внутрь. Рекомендованная доза – 2 таблетки в день: 1 таблетка – в середине дня и 1 таблетка – вечером во время приема пищи. В период обострения геморроя – 6 таблеток в день в течение 4 дней, затем 4 таблетки в день в течение последующих 3 дней.

Возможные действия: Крайне редко: индивидуальная непереносимость и воспалительные расстройства. Серьезных побочных эффектов, требующих отмены препарата, не наблюдалось. Взаимодействие с другими лекарственными средствами: Не отмечалось.

Регистрационное удостоверение выдано фирме «Либрофарм Сервис».

Произведено «Либрофарм Сервис Индустри», Франция.

115054, Москва, Павловская пл., д. 2, стр. 3

Тел.: (495) 937-07-00, факс: (495) 937-07-01



Long-Term Results using Catheter-directed Thrombolysis in 103 Lower Limbs with Acute Iliofemoral Venous Thrombosis

Отдаленные результаты использования катетерного тромболизиса на 103 нижних конечностях при остром илиофemorальном флеботромбозе

N. Bækgaard, R. Broholm, S. Just, M. Jørgensen, L.P. Jensen

Vascular Clinic Rigshospitalet and Gentofte, University of Copenhagen; Department of Vascular Surgery, Gentofte Hospital; Department of Radiology, University of Copenhagen, Gentofte Hospital; Thrombosis Centre, University of Copenhagen, Gentofte Hospital, Denmark

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2010, vol. 39, № 1, p. 112-117.

Реферативный обзор подготовила Бурлева Е.П.

Авторы указывают, что эндовенозное лечение острых тромбозов осуществляется в течение последних 20 лет. Метод эндовенозного направленного катетерного тромболизиса был описан в 1991 году Okrent et al., а три года спустя Semba et al. Основной целью метода является максимальное освобождение венозного просвета с сохранением клапанного аппарата. Первый обзор 1999 года суммировал только ранние результаты клинического применения данного метода.

Целью исследования было изучение отдаленных результатов катетерного тромболизиса (КТ) у пациентов с острым илиофemorальным венозным тромбозом (ИФВТ).

Материалы и методы.

Представлены результаты лечения пациентов с острым ИФВТ методом КТ с июня 1999 года по май 2007 года.

Критерии включения в исследование: первый эпизод ИФВТ, возраст до 60 лет, срок тромбоза менее 14 дней и наличие свободного венозного русла в проекции подколенной вены.

Критерии исключения из исследования: перенесенный ипсилатеральный венозный тромбоз, выполненная в последнюю неделю большая операция, беременность или роды в предыдущую неделю, злокачественная опухоль, тяжелая артериальная гипертензия, состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение, состоявшийся геморрагический инсульт, аплазия венозного русла.

При выполнении процедуры подколенной вены пунктировали под местной анестезией с использованием ультразвуковой навигации и непосредственно в тромб устанавливали катетер (multi side hole catheter with tip occlusion). Затем проводили постоянную

инфузию раствора rt-PA (рекомбинантного тканевого активатора плазминогена) в дозе 1,2 мг/ч или применяли пульс-спрей технику вместе с гепарином (болюс rt-PA – 10 мг). Некоторые окклюзии и резидуальные стенозы подвздошных вен стентировали. При наличии флотации тромба в инфраренальном отделе устанавливали кава-фильтр с проведением процедуры через контралатеральную подвздошную вену. В процессе лечения проводили перемежающуюся пневмокомпрессию. В среднем процесс лечения занимал 58 часов. Контрольную флебографию проводили ежедневно. Затем лечение компрессионными изделиями и антикоагулянтами продолжали до 12 месяцев. Пациенты с тяжелыми тромбофилиями получали более длительное консервативное лечение. С помощью ультразвукового ангиосканирования с цветовым картированием определяли проходимость вен и состоятельность клапанного аппарата через 6 недель, 3, 6 и 12 месяцев, а затем ежегодно.

Результаты. Всего оценили 103 случая острого ИФВТ у 101 пациента. Средний возраст составил 29 лет (15-59), женщины/мужчины - 78/23, локализация: справа/слева - 79/24. Стент имплантировали на 57 конечностях (55 - слева, 2 - справа). Кава-фильтр был установлен в 7 случаях, затем сразу после успешной процедуры тромболизиса он был удален. В 6 случаях до проведения лечения была верифицирована ТЭЛА методом сцинтиграфии.

Тромбофилию диагностировали в 54% случаев. В 35% случаев зарегистрировали прием контрацептивов. 22% перенесли роды.

Осложнения: В процессе лечения - 1 случай ТЭЛА, 1 случай септицемии. Через неделю после процедуры - реокклюзия подвздошной вены у 3-х больных. У 3-х пациентов наблюдали ретромбоз в отдаленном периоде.

Средний период наблюдения составил 50 месяцев (от 3 дней до 108 месяцев). Через 6 лет в 84 (82%) случаях выявили сохраненный просвет вен и компетентные венозные клапаны, без каких либо изменений кожи и венозной перемежающейся хромоты. В 6 случаях уже в процессе лечения регистрировали вертикальный рефлюкс в глубоких венах. В 7 случаях выявлено развитие ХВН класса C₃, в 5-ти случаях из них наблюдали рефлюкс в поверхностных венах (4 – в БПВ, 1 – в МПВ).

Летальных исходов не было.

В обсуждении авторы отмечают, что имеют наибольшую группу больных, пролеченных с помощью направленного катетерного тромболизиса. Они получили результаты, которые могут рассматриваться как клинически и экономически эффективные.

Сравнимые результаты получили ряд авторов, обладающих меньшим опытом применения катетерного тромболизиса. Так, AbuRhama и соавт. (2001) приводят отдаленные результаты лечения 33 пациентов, из них только 18 провели КТ. В

сравнительном исследовании Elsharawy M, Elzayat E. (2002) представили 18 наблюдений, Enden T. И соавт.. (2009) проследили результаты у 50 пациентов на протяжении 6 мес.

Авторы приведенной статьи полагают, что в проблеме ИФВТ есть также ряд нерешенных вопросов: 1) - нет согласительного документа о необходимости имплантации или отказа от имплантации кава-фильтра; 2) – не существует протоколов ведения пациентов с аплазиями НПВ при развитии ИФВТ; 3) – не опубликовано достаточного количества работ по применению перемежающейся пневмокомпрессии в лечении ИФВТ; 4) – нет достаточных сведений по использованию эффективных тромболитических препаратов, в частности, рекомбинантного тканевого активатора плазминогена.

Заключение. Авторы подчеркивают, что лечение острого илиофemorального венозного тромбоза с помощью направленного катетерного тромболизиса гарантирует через 6 лет сохранение хорошей проходимости и функциональной способности вен.

Комментарий. Статья представляется очень достойной и профессионально интересной, поэтому мы посчитали, что необходимо дать коллегам ее расширенный перевод.

Дизайн опубликованной датскими клиницистами работы можно считать образцом для подражания в выполнении любого научного

исследования. Особое впечатление оставляет технологическое оснащение лечебного процесса у выбранной категории пациентов. Авторы используют ультразвуковую навигацию для широкого спектра эндовазальных манипуляций (катетерный тромболизис, стентирование и установка съемных кава-фильтров), применяют в качестве лекарственного средства рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, используют в острый период перемежающуюся пневмокомпрессию.

Очень короткий срок (всего 58 часов) интенсивного стационарного лечения сменяется затем 12-тимесячным амбулаторным наблюдением и лечением. Итогом такого тщательно простроенного и технически супероснащенного протокольного лечения пациентов является получение великолепного результата проходимости илиокавального венозного сегмента (82%) в течение 6 лет.

Тщательная селекция пациентов с ИФВТ в данном исследовании не выглядит негативным фактом, а, наоборот, свидетельствует о направленном вложении значительных средств в наиболее перспективную категорию пациентов. Авторы в разделе обсуждения даже подчеркивают, что у более тяжелой категории пациентов с ИФВТ (при наличии сопутствующих тромбозов вен голени и подколенной вены) проведение технологии направленного КТ не представляется

технически возможным и является бесперспективным.

Важность данного исследования, конечно, обусловлена, неутешительной статистикой результатов лечения ИФВТ в Европе, которую авторы сами же и приводят. При обычном стационарном лечении ИВФТ в течение последующих 2-3 лет у 60% больных формируется посттромботическая болезнь. Смертность достигает 0,4%. Частота ТЭЛА достигает 13%, а массивные кровотечения при неправильном

подборе антикоагулянтов могут составлять до 10% случаев.

В этих условиях в некоторых клиниках возрождается интерес к проведению открытой тромбэктомии в острый период ИФВТ. Однако, применение катетерного тромболизиса под ультразвуковым контролем дает более впечатляющие результаты и отвечает современным требованиям миниинвазивности, безопасности и краткосрочности лечения.

RELAXSAN®

bas et collant

Линия **Classic** -
классический
лечебный трикотаж
(1, 2 и 3 класса
компрессии)



Линия **Cotton** -
лечебный трикотаж
с использованием
хлопкового волокна (1 и 2
класса компрессии)



Линия **Soft** -
элегантные и стильные
изделия из очень мягкой
микрофибры (1 и 2 класса
компрессии)



Линия **Silver** -
двойной эффект
компрессии и
лечебные свойства
серебрянной нити **X-static**



Линия **Benefic** -
профилактический трикотаж
класса A и лечебный
трикотаж 1 класса
компрессии



Линия **Anti-Embolism** -
лечебный трикотаж
для профилактики
тромбоэмболических
осложнений



AD	AG	AGH	AGTL-AGTR	AT	ATM
01 открытый носок	02 закрытый носок	03 короткие размеры	04 стандартные размеры		
цвет: бежевый, черный					

Медицинские изделия Relaxsan зарегистрированы
Министерством Здравоохранения РФ

Регистрационное удостоверение МЗ РФ ФС № 2005/1957 от 27.12.2005г.

www.relaxsan.ru

т/ф: (495) 540-39-94

м.Аэропорт т: 155-87-60
м.Арбат т: 291-71-01

м. Первомайская т: 464-29-52
м. Кантемировская т: 322-50-11

Results of Surgical Treatment Compared with Ultrasound-Guided Foam Sclerotherapy in Patients with Varicose Veins: A Prospective Randomised Study

Результаты хирургического лечения в сравнении с эхоконтролируемой пенной склеротерапией у пациентов с варикозной болезнью: проспективное рандомизированное исследование

M. Figueiredo, S. Araujo, N. Barros Jr, F. Miranda Jr

Universidade Federal de Sao Paulo (UNIFESP); Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, Vascular Section, Department of Surgery, UNIFESP, Sao Paulo, Brazil

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 38, № 6, p. 758-763.

Реферативный обзор подготовил Париков М.А..

В этой работе сравниваются результаты хирургического лечения и эхоконтролируемой пенной склеротерапии у пациентов с зажившей трофической язвой, развившейся вследствие варикозной болезни (C5, Ep, As, Pr). Проспективное рандомизированное исследование проведено на 60 пациентах, которые проходили лечение с апреля по август 2006 года. Критерии включения в исследование: отсутствие в анамнезе лечения варикозного синдрома, возраст 18-70 лет, первичный характер варикоза, соответствующий C5, Ep, As, Pr по CEAP. Выбор метода лечения был случайным: 30 пациентам выполнили хирургическое лечение, 30 - эхоконтролируемую склеротерапию. В первой группе проводили кроссектомию, стриппинг, удаление варикозно расширенных притоков и перевязку несостоятельных

перфорантных вен под регионарной анестезией. Методику операции детально авторы не уточняют. В первые 2 суток для эластической компрессии использовали эластичные бинты, в дальнейшем компрессионный трикотаж (30-40 мм рт. ст.) на срок 3 месяца. При выполнении эхосклеротерапии процедуру начинали в положении стоя с пункции ствола вены, далее пациента переводили в положение Тренделенбурга, контролировали с помощью ультразвукового сканирования нахождение иглы в просвете ствола большой (БПВ) или малой подкожных вен (МПВ). Дополнительно пунктировали иглами-бабочками их ветви и несостоятельные перфорантные вены. В качестве склерозанта использовали полидоканол. Пену получали по методике Tessari, соотношение воздуха и препарата

4:1. Препарат вводили в объеме 8-10 мл в ствол БПВ, 5 мл - МПВ, 5 мл – в притоки, 1-2 мл – в перфорантные вены. Препарат вводили болюсно под эхоконтролем. Максимальный объем вводимой пены за один сеанс лечения составлял 10 мл. После введения пены нижняя конечность поднимали и контролировали распространение пены до сафено-фemorального и сафено-поплитеального соустьев. В случае визуализации пены в глубоких венах пациентам предлагали провести несколько сгибательно-разгибательных движений в голеностопном суставе. Мануальную компрессию сафено-фemorального или сафено-поплитеального соустьев проводили ультразвуковым датчиком в течение 10-15 минут. На нижнюю конечность накладывали бандаж бинтом шириной 12 см на 3-5 суток. В дальнейшем рекомендовали ношение компрессионного трикотажа с давлением 30-40 мм рт. ст.. При необходимости сеанс повторяли до 3-х раз с 30-дневными интервалами.

Клиническая оценка результатов была основана на балльной шкале, где учитывали боль, отек, воспаление, гиперпигментация и липодерматосклероз перед процедурой и на сроках 30, 60 и 180 дней. Ультразвуковое исследование проводили на 180 день после хирургического лечения или после последнего сеанса склеротерапии. Дополнительно для исключения тромбоза на 8 сутки проводили дуплексное сканирование глубоких вен обеих нижних конечностей.

Результаты. За время наблюдения были потеряны для анализа данных 4 пациента. Представлены результаты лечения 29 прооперированных больных и 27 пациентов, которым провели склерозирование. В первой группе средний возраст составил 49 лет (29-72), во второй – 53 года (25-76). Женщины преобладали в обеих группах: 79% и 85% соответственно. Всего проведено 56 сеансов склеротерапии. Сравнение данных показало статистически достоверную разницу между группами: менее выраженными были отеки и болевые ощущения в группе эхосклеротерапии, более выраженными воспалительные явления меньше в группе хирургического лечения. При ультразвуковой оценке в хирургической группе лечение признано успешным в 26/90% наблюдений, тогда как в группе эхосклеротерапии - в 21/78% (полная окклюзия или частичная реканализация без рефлюкса).

В заключении авторы делают вывод об эффективности и безопасности эхоконтролируемой пенной склеротерапии у пациентов с варикозной болезнью и зажившей трофической язвой, в случаях, когда липодерматосклероз является серьезной помехой хирургическим манипуляциям на голени.

Комментарий. Эта статья оставляет неоднозначные впечатления. С одной стороны, примечательно то, что в исследование включены равнозначные пациенты одинакового клинического класса (C5). Как правило, пациенты этого

клинического класса имеют значимую венозную гипертензию, выраженную несостоятельность перфорантных вен и клинические результаты лечения у них не всегда идеальны вне зависимости от применяемого метода. С другой стороны, 6-месячный срок исследования вряд ли может служить серьезной точкой для оценки результатов, тем более, что основным критерием оценки в классе C5 скорее является прогрессирование хронической венозной недостаточности и рецидив трофической язвы. Интересно было бы узнать результаты эхоконтролируемой склеротерапии у больных с классом C5 при уточнении более детального состояния ствола и перфорантных вен (окклюзия или реканализация). Сведения об отсутствии рефлюкса на таком сроке после склеротерапии у 78% пациентов могут создать ложные

впечатления благополучия и не отражать истинную картину. Также вызывает определенные вопросы к авторам статьи худшие показатели боли и отек у пациентов, перенесших операцию. Постоперационное самочувствие напрямую зависит от техники операции – после длинного стриппинга и «широкой» диссекции перфорантных вен оно одно, после короткого инверсионного стриппинга и диссекции перфорантов из минипроколов – другое. Авторы в подробностях описали технику склерозирования, технику хирургической операции – нет. В заключение хочется сказать, что тема этой статьи на мой взгляд актуальна, работы подобного плана с более длительным сроком наблюдения позволят сделать дополнительные выводы в отношении альтернативных способов лечения варикозной болезни.



**Эффективная профилактика и лечение
венозных тромбозов у терапевтических
и хирургических больных**

Представительство акционерного общества "Авентис Интерконтиенталь" (Франция),
зарегистрированное по адресу: 101000, Москва, Уланский пер., д. 5, стр. 1
Почтовый адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2
Тел.: (495) 721-1400, 926-5703, 926-5711, 926-5724, 926-5735. Факс (495) 721-1411

PHLEBO 06/36/09

Radiofrequency Ablation vs Conventional Surgery for Varicose Veins - a Comparison of Treatment Costs in a Randomised Trial

Радиочастотная облитерация и традиционная операция по поводу варикозной болезни: сравнение стоимости в рандомизированном исследовании.

S. Subramonia, T. Lees

General Surgery, King's Mill Hospital, Mansfield; Northern Vascular Centre, Freeman Hospital, Newcastle upon Tyne, UK

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2010, vol. 39, № 1, p. 104-111.

Реферативный обзор подготовил Паршутин Ю.В.

В статье представлено проспективное рандомизированное контролируемое исследование, проведенное британскими сосудистыми хирургами с целью сравнения клинического результата и стоимости радиочастотной облитерации (РЧО) варикозных вен и традиционной операции в государственной системе здравоохранения. Отбор больных для исследования проходил по нескольким критериям. У всех пациентов была подтверждена несостоятельность БПВ при дуплексном сканировании (диаметр вены не менее 3 и не более 12 мм), физическая подвижность и возможность перенести общую анестезию. Все операции выполняли под общей анестезией опытные хирурги, при РЧО дополнительно проводили тумесценцию. РЧО провали у 47 больных, традиционную операцию выполнили

в 41 случае. Большинство пациентов отнесли к клиническому классу С2, были также пациенты с классом С3, изредка – С4 и С6. Выраженность патологии согласно Абердинскому опроснику был приблизительно одинакова. Учитывали время нахождения в операционной, при РЧО оно в среднем составило 84 мин, при флебэктомии - 56 мин. И стриппинг и облитерацию проводили до уровня колена. Удаление других вен, предварительно размеченных в обеих группах проходило с помощью крючков. Операции происходили амбулаторно. Пациенты возвращались к нормальной активности через 3 и 12 суток после операций соответственно. Болевой синдром после операций был в первом случае меньше. Посещения врачей общей практики, уход медсестрами также учитывали для расчета стоимости, но из-за редкости таких ситуаций это не повлияло на

общую стоимость. Расчет стоимости учитывал трудозатраты хирурга, ассистента, анестезиолога и анестезистки, операционной сестры и санитарки, расходы больницы административные и хозяйственные, посещения врачей общей практики и медсестер, покупку лекарств больным после операции.

Итоговая сумма затрат при РЧО была 1276 фунтов, при обычной операции 560 фунтов. Основная доля разницы в стоимости приходится на цену катетера (550 фунтов), и, в меньшей степени, на разницу во времени, затраченного на операцию, а также на необходимость дуплексного сканирования в процессе всей процедуры.

Пациенты возвращались к работе в среднем на 10 и 18.5 день, то есть значительно быстрее после РЧО.

Выгода от этого равна одной рабочей неделе. Основное количество пациентов имели занятость в среднем 39 часов в неделю и заработную плату в среднем 9.85 фунтов в час. Таким образом, за неделю это составляет 384.15 фунтов. Это показывает непрямыe потери общества, когда пациент мог работать, но не работал. Если вычесть из итоговой стоимости РЧО стоимость рабочей недели, то суммарная разница составит всего 318 фунтов. То есть при восстановлении работоспособности, РЧО было дороже обычного способа лечения на 318 фунтов.

Комментарий:

Проблема рентабельности новых методов лечения безусловно важна в условиях и частной и

государственной медицины. В статье поднимается вопрос о том, что вложением денег в эффективный способ лечения варикозной болезни (РЧО) можно добиться и лучшего клинического результата и иметь социальную выгоду в уменьшении времени послеоперационной реабилитации больных. В чистом виде исследование действительно это доказывает. Однако выборка проводилась все же не на всех больных с варикозными венами. Часть пациентов выпала в связи с требованием амбулаторности и ограничением по диаметру большой подкожной вены. Заинтересовал тот факт, что время, потраченное на операцию в случае РЧО составляло 84, против 47 минут при флебэктомии. Становится ясным, что это были «легкие» вены. При несомненной выгоде для хотя и большой, но все же избранной когорты пациентов с варикозными венами, встает вопрос, зачем это нужно государственной системе здравоохранения Великобритании. Затраты на приобретение аппаратуры, катетеров, обучение персонала окупаются только социальными выгодами. Выгода конкретного человека в виде одной рабочей недели видна, только если он работает на себя, и его зарплата напрямую зависит от его ежедневного участия. В нашей стране, имея страховую медицину, еще менее можно представить заинтересованность страховых компаний в таком радикальном сокращении сроков лечения варикозной болезни, путем

увеличения ассигнований на эффективное и новое. Место РЧО, как мне кажется, в коммерческой медицине, когда больной знает, что он потеряет в результате долгого нахождения на больничном листе, либо как вариант в системе добровольного страхования, когда предприятие, заинтересованное в труде конкретного человека дает ему возможность лечиться качественно и

быстро. Вот только цены реальные в коммерческой медицине будут все же больше, чем указанные в статье.

И если косметичность и безопасность, ближайшие и среднесрочные результаты РЧО видны уже сейчас, однако стоит вопрос о долгосрочных результатах, которые еще не исследованы.

Лиотон 1000®

Успех, движение,
ног преобразование!

Гель



Одобрено Ассоциацией
флебологов России

БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ

Применяется

- при варикозной болезни
- при отеках и подкожных гематомах
- при флебитах и тромбофлебитах

Рег. уд.: П № 012/07/01-2005

Ultrasound-Guided Foam Sclerotherapy for the Treatment of Chronic Venous Ulceration: A Preliminary Study

Эхоконтролируемая микропенная склеротерапия при лечении трофических язв: предварительное исследование

K.A.L. Darvall, G.R. Bate, D.J. Adam, S.H. Silverman, A.W. Bradbury

Birmingham University, Department of Vascular Surgery, Heart of England NHS Trust; Department of Vascular Surgery, City Hospital; Birmingham, UK

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 38, № 6, p. 764-769

Реферативный обзор подготовил Свирский Д.М.

При проведении исследований, сравнивающих эффективность операции и компрессионной терапии при трофических язвах, выявлено, что хирургическое вмешательство при поверхностном венозном рефлюксе снижает вероятность рецидива язвы, однако не влияет на скорость их заживления. Роль микропенной склеротерапии в качестве метода лечения трофических язв остается неясной. Целью этого исследования стало определение частоты рецидивов и успешного заживления трофических язв при использовании микропенной склерооблитерации, а также выяснение отношения полученных результатов к клинической картине венозного рефлюкса до и после вмешательства.

Методика: проспективное исследование 27 произвольно отобранных пациентов (28 нижних конечностей), в среднем возрасте 69

лет, которым выполняли микропенное склерозирование для устранения поверхностного венозного рефлюкса в совокупности с компрессионной терапией для лечения трофических язв на протяжении в среднем 12 (6-23) месяцев. За 4-6 недель до проведения склеротерапии пациентам накладывали многослойный компрессионный бандаж с давлением у лодыжки 40 мм рт. ст. Все пациенты прошли клинический осмотр и дуплексное ангиосканирование до и спустя 1, 6, 12 месяцев после лечения.

Результаты: глубокий и поверхностный венозный рефлюкс наблюдали на 8 конечностях, только поверхностный венозный рефлюкс - на 20. В 4 случаях выявили посттромботический синдром, 4 пациента получали варфарин. Ни в одном случае не было обнаружены сопутствующих облитерирующих

заболеваний артериального русла. Всем пациентам назначали компрессионную терапию после введения пенной формы склерозанта. Средний объем склерозанта (3% тетрадецилсульфат натрия) составлял 8 (2-14) мл. Спустя 1, 3 и 6 месяцев после лечения зажили 22 (79%), 27 (96%) и 27 (96%) трофических язв соответственно. Спустя год в 25 случаях язвы оставались залеченными, в 2 открылись снова; один пациент умер от карциноматоза.

При проведении данного исследования в результате сочетания микропенной и склеротерапии и эластической компрессии, 27 из 28 (96%) трофических язв зажили в течение 3 месяцев, спустя 12 месяцев зарегистрировано лишь 2 рецидива.

Результаты, представленные в данном исследовании, посвященном сочетанию фоам-форм склеротерапии и компрессионной терапии, более успешны, чем в исследованиях, рассматривающих только компрессионную терапию, при этом внимание ликвидации поверхностного венозного рефлюкса не уделялось (спустя 6 месяцев случаев излечения – 68-83%, случаев рецидива спустя 12 - 26-28%).

Значимость устранения поверхностного венозного рефлюкса продемонстрирована в исследовании ESCHAR, в котором принимало участие 500 пациентов. Исследователи проводили сравнение компрессионной терапии изолированно и компрессии в совокупности с хирургическим вмешательством. Частота

заживления язв составила 65% спустя 6 месяцев и достигла 80% спустя 12 мес. Частота рецидивов была значительно ниже у пациентов которым провели хирургическое вмешательство – 15% против 34% в группе компрессионной терапии при средней продолжительности последующего врачебного наблюдения в 14 (10-23) месяцев. В этом же исследовании во время последующего наблюдения в течение 3 лет было установлено, что частота заживления язв при проведении только компрессионного лечения составляет 89%. В тех случаях, когда было выполнено хирургическое вмешательство, этот показатель составил 93%. В течение 4 лет частота рецидива составила 56% и 31% соответственно ($P < 0,01$).

Результаты, полученные в рассматриваемой работе, столь же успешны, хотя и получены на существенно меньшем числе наблюдений. Таким образом, можно допустить, что микропенная склеротерапия является привлекательной альтернативой операции для ослабленных пожилых пациентов, которые зачастую отказываются от хирургического вмешательства (или же оно им не рекомендовано); в пользу данного подхода говорит также отсутствие побочных эффектов и успешное лечение четырех пациентов, принимавших варфарин.

Комментарий данная статья, несомненно, представляет определенный интерес, однако обращает на себя внимание некоторая незавершенность, а

именно: отсутствие контрольной группы, малые сроки наблюдения, малое количество пациентов, принявших участие в исследовании, преимущественно преклонный возраст больных, а также тот факт, что все пациенты данной группы отказались от оперативного лечения, на что указывают авторы. В

комментариях они указывают, что это исследование является подготовительным и в дальнейшем планируется более углубленное изучение результатов микропенной склерооблитерации у ослабленных пациентов преклонного возраста с трофическими язвами.

 FIBRO-VEIN™ **3 1 .5 .2 %**
ВЫБОР ПРОФЕССИОНАЛОВ ДЛЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ



ПРОИЗВОДИТЕЛЬ
 STD Pharmaceutical Products
 Великобритания

ЭКСКЛЮЗИВНЫЙ ПОСТАВЩИК
 Компания medi RUS, Россия
 Москва, ул. Осенняя, 4, стр. 1
 +7 (495) 921-39-37
www.fibrovein.ru
www.medirus.ru

STD Pharmaceutical

Регистрационное удостоверение № ПН014787/01-2003 от 02.03.2009

Endovenous Laser Ablation (980 nm) of the Small Saphenous Vein in A Series of 147 Limbs with a 3-Year Follow-up

Эндовазальная лазерная облитерация (980 нм) малой подкожной вены, выполненная на 147 нижних конечностях: 3 года наблюдений

J. Desmyttere, C. Grard, G. Stalnikiewicz, B. Wassmer, S. Mordon

Angeio-Phlebo Interventionnelle, Lomme; Osyris SA, Villeneuve d'Ascq; Universite de Lille Nord de France, Lille University Hospital, Loos; France

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2010, vol. 39, № 1, p. 99-103

Реферативный обзор подготовил Славин Д.А.

Хирургия малой подкожной вены (МПВ) технически сложнее и сопряжена с более высокой частотой осложнений и рецидивов, по сравнению с вмешательствами на большой подкожной вене. Возможность повреждения икроножного нерва, приводящего к неврологическому дефициту, вынудила многих хирургов воздержаться от рутинного выполнения стриппинга МПВ. Пятилетняя частота рецидивов после оперативного лечения в системе МПВ составляет 30-50%. За последние годы малоинвазивные технологии позволили снизить травматичность вмешательств, сократить сроки реабилитации пациентов и стали в ряде случаев альтернативой хирургическому лечению. Эндовазальная лазерная облитерация (ЭВЛО) – одна из наиболее перспективных методик подобного рода. Работа посвящена

изучению эффективности и безопасности ЭВЛО малой подкожной вены у пациентов одной клиники, с последующим среднесрочным наблюдением. В исследование было включено 128 пациентов (109 женщин и 19 мужчин; средний возраст: 49,7 лет – от 21 до 80 лет). Всем им была проведена ЭВЛО несостоятельных сегментов МПВ с использованием диодного лазера 980 нм. Из них 19 больным процедура выполнена на обеих конечностях. Всем пациентам перед вмешательством проведено клиническое обследование и дуплексное ультразвуковое ангиосканирование (Aloka 3500) венозной системы нижних конечностей. Критерии участия в исследовании включали в себя наличие варикозного расширения вен, связанного с несостоятельностью сафено-подколенного соустья (СПС) и

рефлюксом по МПВ, возраст не моложе 18 лет и возможность возвращения в клинику для осмотра через 12, 24 и 36 месяцев после ЭВЛО. В соответствии с клинической классификацией СЕАР пациенты распределились следующим образом: С2 – 89 нижних конечностей, С3 – 36 и С4 – 22. Критериями, исключающими участие в исследовании, были: отсутствие пульсации на артериях стоп; ишемическая болезнь сердца, не корригируемая амбулаторно; тромбоз глубоких вен; тяжелые сопутствующие заболевания; беременность; грудное вскармливание или планирование беременности; выраженная извитость МПВ. Пациенты с рецидивом после хирургического лечения в системе МПВ и диаметром вены более 10 мм также исключались из исследования. После осмотра и обследования больным, подходящим по указанным критериям, предлагалось либо хирургическое лечение, либо ЭВЛО. Практически все пациенты предпочли ЭВЛО. Процедуру выполняли в частной клинике – Clinique de Villeneuve d'Ascq (Франция).

Перед вмешательством в положении стоя под контролем ультразвукового сканера, начиная от СПС, проводили маркировку кожи в проекции несостоятельного участка МПВ. Кроме этого, выполняли измерение диаметра МПВ стоя отступя 1,5 см от СПС и вдоль ствола вены для расчета оптимальной линейной плотности энергии (ЛПЭ). Средний диаметр МПВ составил 5,2 мм (от 3,0

до 10,0 мм). Для выполнения ЭВЛО в процедурном кабинете пациента укладывали в положение Тренделенбурга на животе (15-20°). На границе средней и нижней трети голени под контролем ультразвука проводили катетеризацию МПВ с использованием иглы 21G, через которую устанавливали до СПС проводник (0,035 дюймов). Затем по проводнику вводили катетер 5-F, через который к СПС подвели световод 600 микрон, подключенный к 980 нм диодному лазеру. Правильность его расположения верифицировали ультразвуковым сканером и пилотным лучом, просвечивающим через кожу. С целью обезболивания, уменьшения диаметра вены и защиты от теплового воздействия окружающих тканей под ультразвуковым контролем проводили тумесцентную анестезию фасциального ложа МПВ с использованием 10 мл 1% ксилокаина в 200 мл физиологического раствора.

После расположения световода на 1-2 см ниже СПС, его медленно извлекали вместе с катетером с шагом в 3 мм, ориентируясь по градуированной шкале. Мощность лазера была установлена на 10 Ватт, а длительность импульса (1,5-3 с) выбирали в зависимости от калибра вены. Для МПВ диаметром от 2 до 4,5 мм линейная плотность энергии (ЛПЭ) составляла 50 Дж см⁻¹, для 4,5-7 мм - 70 Дж см⁻¹, для 7-10 мм - 90 Дж см⁻¹. У 39% больных ЭВЛО была дополнена минифлебэктомией. После процедуры всем пациентам на 24 часа накладывали

компрессионный бандаж, в течение последующих 3-х недель назначали компрессионный трикотаж 3 класса, а также 5-дневный курс нестероидных

противовоспалительных средств. Пациентам было рекомендовано ходить сразу же после вмешательства и продолжать обычный образ жизни.

Контрольные осмотры пациентов и ультразвуковое дуплексное ангиосканирование проводили на следующий день после процедуры, через 1 неделю, 1 месяц, 1 год, 2 года и 3 года. Оценивали частоту облитерации МПВ и такие побочные эффекты и осложнения, связанные с вмешательством как экхимозы, индурация, флебиты и боль.

По данным ультразвукового обследования через 1 день, 1 неделю и 1 месяц после процедуры МПВ были облитерированы в 100% наблюдений. Средняя длина МПВ, подвергнутых лечению, составила 18,2 см (от 3,5 до 49,2 см). Через 1 год после ЭВЛО вена была облитерирована на 114 из 117 нижних конечностей (97%), через 2 года на всех из 61 конечности и на всех из 30 после 3-х лет наблюдений. В трех случаях была выявлена лишь частичная окклюзия МПВ, при этом изначальный диаметр вены составлял более 9 мм. Таким образом, за исключением трех пациентов, через год наблюдений было отмечено либо полное исчезновение МПВ, либо наличие резидуального фиброзного тяжа.

Таких серьезных осложнений как, например, тромбоз глубоких вен

выявлено не было. Экхимозы наблюдались у 60% пациентов в среднем в течение 2 недель. Транзиторная парестезия (в большей степени гипестезия) имела у 40% пациентов и длилась в среднем в течение 2 недель, а максимальная продолжительность не превышала 4 недель. По прошествии 1 недели клинических наблюдений на умеренную боль жаловались 50% пациентов. Изменения окраски кожных покровов, поверхностных ожогов, тромбофлебита или пальпируемого уплотнения по ходу вены не наблюдали. Компрессионный трикотаж 3 класса носили все 100% пациентов – через 1 неделю наблюдений и 70% – по прошествии 3 недель наблюдений. Эти данные были получены в результате анкетирования пациентов, пришедших на прием через 1 месяц после процедуры. При объективном обследовании пациентов через 1, 2 и 3 года после ЭВЛО рецидивов варикозной болезни в зоне вмешательства выявлено не было. Обнаруженные варикозно расширенные вены исходили из участков, не затронутых предшествующим лечением.

В заключении авторы отмечают, что ЭВЛО несостоятельной МПВ с использованием 980 нм диодного лазера является безопасной и эффективной процедурой. Частота реканализации МПВ остается достаточно низкой (3%). Учитывая облитерацию МПВ на протяжении среднесрочного 3-х летнего периода клинических наблюдений, авторы предполагают, что данный метод

лечения обеспечит такой же продолжительный эффект.

Комментарий. Несмотря на свою меньшую распространённость, в сравнении с рефлюксом по БПВ, несостоятельность сафено-поплитеального соустья и рефлюкс по МПВ могут приводить к появлению столь же серьезных симптомов и осложнений. Хирургия МПВ более трудоемка, имеет большую частоту осложнений и рецидивов. ЭВЛО общепризнанный метод лечения варикозной болезни в системе БПВ. Однако, применение данной процедуры для облитерации МПВ не столь распространено в связи с опасением термического повреждения икроножного нерва и подколенной вены. Кроме того, имеется относительно небольшое число научных работ, посвященных ЭВЛО МПВ.

Данное исследование показало, что адекватная тумесцентная анестезия фасциального ложа МПВ позволяет избежать повреждения окружающих анатомических структур и сделать процедуру безопасной и безболезненной. Авторы уделяют большое внимание расположению световода в 1-2 см дистальнее СПС и проксимальнее места отхождения вены Джакомини с тем, чтобы избежать оставления длинной культи и рецидива. Также они совершенно обоснованно считают основной определяющей успеха процедуры количество энергии, используемое для облитерации. Математическое моделирование ЭВЛО позволило

установить, что линейную плотность энергии (ЛПЭ) следует выбирать в соответствии с диаметром вены. Такие параметры, как средняя длина обрабатываемой вены и ее диаметр, ЛПЭ были сопоставимы с другими исследованиями в данной области. Три случая рецидива на первом году наблюдений авторы связывают именно со слишком низкой ЛПЭ. Частота экхимозов, парестезии и длительность болевого синдрома оказались сходными с результатами предыдущих исследований. В своей работе авторы показали, что ЭВЛО малой подкожной вены является эффективной, безопасной, хорошо переносимой малоинвазивной процедурой, имеющей множество преимуществ перед традиционной хирургией.

Основным недостатком данного исследования является небольшое количество пациентов, обследованных через 2 и 3 года, всего 48% и 23% соответственно. Судьба подавляющего большинства пациентов осталась неизвестной. В связи с этим, необходимо критически оценивать результаты 2 и 3 лет наблюдений. Было бы интересным и важным узнать и проанализировать причины появления варикозных вен в течение первых трех лет наблюдений вне зоны ЭВЛО. Вне всяких сомнений, ближайшие годы будут богаты дебатами об оптимальном способе устранения рефлюкса и лечения варикозной болезни нижних конечностей.



SIGVARIS

LIFE FOR LEGS

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФО-ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ



Компрессионные гольфы, чулки, колготы **SIGVARIS** из натурального каучука, хлопка и эластана применяются для лечения и профилактики варикозной болезни, тромбоза глубоких вен, тромбофлебита и лимфостаза.

Изделия **SIGVARIS ТРОМБО** применяются для профилактики тромбоза глубоких вен и тромбозэмболии ветвей легочной артерии во время и после хирургического лечения и при необходимости длительного соблюдения постельного режима.

Компрессионные рукава **SIGVARIS** применяются для лечения и профилактики хронических лимфатических отеков верхних конечностей после мастэктомии; послеоперационных и посттравматических отеков; тромбозов и тромбофлебитов вен плеча и предплечья, полиартритов.

К настоящему времени опубликованы материалы рандомизированных контролируемых исследований, посвященных изучению различных аспектов компрессионной терапии.

1. Prandoni P., Lensing AWA, Prins M.H. et al. Below-knee elastic compression stockings to prevent postthrombotic syndrome // *Ann Intern Med.* – 2004. Vol. 141. – P. 249-56.
2. Partsch H. Evidence based compression therapy // *VASA.* – 2003. – Suppl. 63.
3. Mc Neely ML, Magee DJ, Lees AW et al. The addition of manual lymph drainage to compression therapy for breast cancer related lymphedema: a randomized controlled trial. // *Breast Cancer Research & Treatment.* – 2004. – Vol.86. P. 95-106
4. Gerlach H.E., Blattler W. Контролируемое амбулаторное лечение тромбоза глубоких вен: клиническое исследование на 827 пациентах. // *Phlebologie* 2002; 31:77-84.

Генеральный дистрибьютор
ООО "ВЕНО-МИР"
тел.: (495) 259-20-01, 259-82-65
E-mail: venomir@inbox.ru

 **SIGVARIS**
LIFE FOR LEGS
www.sigvaris.ru

© **SIGVARIS**
зарегистрированная торговая марка
Ganzoni & CIE AG, St.Gallen/Switzerland
Производитель: ГАНЗОНИ, Швейцария

Patients' Expectations before and Satisfaction after Ultrasound Guided Foam Sclerotherapy for Varicose Veins

Сравнение ожиданий пациентов перед пенным склерозированием варикозно расширенных вен под ультразвуковым контролем со степенью удовлетворенности результатами после процедуры

K.A.L. Darvall, G.R. Bate, R.C. Sam, D.J. Adam, S.H. Silverman, A.W. Bradbury

Birmingham University, Department of Vascular Surgery, Heart of England NHS Trust; Department of Vascular Surgery, City Hospital; Birmingham, UK

Опубликовано в: European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 2009, vol. 38, № 5, p. 642-647

Реферативный обзор подготовил Цуканов Ю.Т.

Цель исследования авторов из Великобритании заключалась в сопоставлении ожиданий и надежд пациентов варикозной болезнью нижних конечностей до со степенью удовлетворенности ликвидацией имевшихся симптомов, внешним видом и влиянием на образ жизни после пенного склерозирования под ультразвуковым контролем.

После одобрения этического комитета и взятия письменного согласия в исследование включен 351 пациент (464 нижних конечностей). Пациентам предлагали анкетные опросы за одну неделю до и спустя шесть месяцев после лечебной процедуры. Анкеты заполнили 282 (80%) пациентов до вмешательства и 281 (80 %) после вмешательства. 209 пациентов (60%) ответили на обе анкеты.

Пациенты были обследованы с определением класса ХЗВ согласно

СЕАР с проведением дуплексного сканирования для идентификации участков поверхностного и глубокого венозного рефлюкса. Обследование проводили стоя с опорой на контрлатеральную ногу аппаратом. Рефлюксом считали обратный поток продолжительностью больше чем 0.5 сек.

У всех пациентов была варикозная болезнь классов C2S-C6S. У 97 % больных обнаружили только поверхностный венозный рефлюкс, у 3 % - и поверхностный и глубокий.

В 76% случаев выполняли склерозирование большой подкожной вены, в 10% - малой подкожной вены, в остальных случаях имело место комбинированное лечение.

Пенное склерозирование проводили амбулаторно в процедурном кабинете. Все лечение занимало

меньше чем 30 мин. Непосредственно перед процедурой дуплексное сканирование повторяли с маркировкой проекций варикозных вен на коже. Некомпетентный венозный ствол канюлировали под контролем ультразвука с применением внутривенных катетеров. В соответствии с размером вены использовали 18-22 G катетеры. Для МПВ использовали 1-2 точки введения, для передней добавочной подкожной вены - 1-2, для БПВ - 1-3. После канюляции нижнюю конечность пациента поднимали вверх.

Пену готовили модифицированным методом Тессари с использованием двух шприцев по 2 мл и фильтра в 5 микрон. Применяли смесь 0.5 мл 3% тетрадецилсульфата натрия (Fibro vein) и 2 мл воздуха. Пену вводили в объеме 2 мл в каждую точку, а обусловленный ее распространением венозный спазм регистрировали дуплексным сканированием. После каждой инъекции пациента просили проводить тыльное сгибание стопы, что эвакуировать пену, возможно, попавшую в глубокую венозную систему.

Объемы используемой пены составляли 2-8 мл для МПВ и 4-12 мл для БПВ (с или без переднего добавочного притока). Когда весь ствол и притоки были полностью заполнены пеной, иглы удаляли, на конечность надевали компрессионный чулок 2 класса. Круглосуточную компрессию оставляли на 5 -10 суток в зависимости от размера вен. Далее

ношение чулок 2 класса рекомендовалось в течение 3 недель. В первой части опросника выясняли, какие улучшения со стороны нижних конечностей ожидалось пациентом (боль, зуд, покалывание, судороги, беспокойные ноги, распирание и тяжесть). Ответы рассматривали отдельно для каждой нижних конечностей. Во второй части опросника задавали вопросы об ожидаемых изменениях во внешности и образе жизни (выбор одежды, работы, социальной жизни, досуге).

После вмешательства в предложенной анкете спрашивали о степени улучшения (если имелось), которое они отметили, используя тот же самый набор ответов.

Боль у наблюдаемых пациентов была самым частым признаком, присутствующим в 85 % случаях. Усталость, зуд, беспокойство, распирание, тяжесть и судороги были реже: в 70 %, 65 %, 64 %, 61 % и 55 % соответственно. Покалывание было наименее частым признаком, встретившимся у 38 %.

Существенное снижение симптоматики после процедуры наблюдали в одной, умеренное улучшение – в двух третях. При этом по разным симптомам процент улучшения составил от 49 до 63%. Однако примерно в 10 % случаев отсутствовало какое-либо улучшение. При этом удовлетворение ожиданий в отношении симптомов было отмечено не во всех, а в 80% случаев. В отношении ожидаемого косметического эффекта из 90%

пациентов, рассчитывавших на такой результат, 96% отметили значительное улучшение.

Примерно две трети пациентов рассчитывали после процедуры носить другую одежду, увеличить рабочую производительность, сделать более доступными социальные и развлекательные мероприятия. Это ожидание реализовалось в 75% случаев.

Одна четвертая часть пациентов надеялась улучшить личные отношения после лечения, у 80% из них такое улучшение было отмечено. Авторами сделан вывод, что пенное склерозирование под ультразвуковым контролем обеспечивает значительную положительную динамику в выраженности симптомов заболевания, внешнего вида, стиля жизни и взаимоотношений. Кроме того, у подавляющего большинства больных их ожидания были выполнены или перевыполнены. В этом плане результаты представляются авторами сопоставимыми с хирургией, радиочастотной и лазерной облитерацией.

Комментарий. Представленная публикация отличается тем, что кроме еще одной научной констатации хороших в целом шестимесячных результатов пенного склерозирования под контролем ультразвука - одного из все более распространяющихся видов устранения поверхностного варикоза -, она затрагивает целый ряд медицинских и парамедицинских вопросов, связанных с субъективным

восприятием пациентами достигаемых результатов. В этом плане интересно такое расширенное изучение психологических и социальных аспектов результативности процедуры.

Реферируемая работа достаточно корректно включается в рамки современной тенденции, в которой оценка качества жизни и влияние на него медицинских действий ставится во главу угла при лечении пациентов.

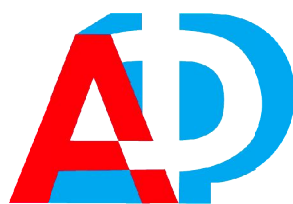
Большой интерес представляют и сами полученные результаты. Они достаточно наглядно демонстрируют, что хотя в целом во всей выборке достигнутые авторами 6-месячные результаты могут считаться хорошими, ряд пациентов ожидали большего эффекта и остались разочарованными в некоторых аспектах. При этом демонстрируется достаточно широкий круг ожиданий пациентов, связанных с лечением: от традиционного устранения симптомов венозной болезни до коррекции социальной жизни и личностных отношений.

Исходя из наших наблюдений, приведение в порядок ног у женщин часто имеет для них, что называется, судьбоносное значение. Не раз мы наблюдали, как прежде одинокие, неустроенные в личной жизни женщины после удачных вмешательств на венах обретали уверенность в себе, шарме и успешно выходили замуж.

Анализируя причины неудовлетворенности пациентов не только после склерозирования, но и

других методов лечения варикозной болезни, можно отметить, по крайней мере, две их основные причины. Во-первых, ареал изменений в сосудистой системе конечности намного шире и не устраняется только манипуляциями на подкожных венах. Во-вторых, нужно констатировать отсутствие

достаточного понимания между пациентом (особенно «трудным») и врачом в выяснении возможных результатов лечения. Это, в свою очередь, может быть обусловлено, ограниченностью времени и навыков общения с пациентом, объективными сложностями коммуникации.



Ежегодная премия Ассоциации флебологов России за 2009 год

Редакционная коллегия журнала «Флебология» сообщает о присуждении Ежегодной премии Ассоциации флебологов России за лучшую работу, опубликованную в разделе «Оригинальные статьи». В результате тайного голосования победителем в 2009 г. объявлена работа Карпенко А.А., Старосоцкой М.В., Чернявского М.А., Чернявского А.М. **«Гибридные оперативные вмешательства при массивной тромбоэмболии легочных артерий»**, опубликованная в №4.

Авторскому коллективу статьи-победителя будут вручены памятные дипломы и денежная премия в размере 25000 рублей.

Редакционная коллегия журнала «Флебология» и Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России поздравляют лауреатов с заслуженной наградой и желают им дальнейших профессиональных успехов!

Исполнительный Совет Ассоциации флебологов России

Информация о журнале и условиях подписки
на сайте издательства «Медиасфера»:
<http://www.mediasphera.ru/journals/flebo/>

Глубокоуважаемые коллеги!

Ассоциация флебологов России проводит конкурс на лучшую работу, опубликованную в разделе «Оригинальные статьи» журнала ФЛЕБОЛОГИЯ. Размер премии авторам статьи составляет 25.000 рублей.

Определение статьи-победителя производится Редакционной коллегией путем тайного голосования после выхода в свет всех номеров журнала ФЛЕБОЛОГИЯ за каждый календарный год.